

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933 — N° 43

LES ABCÈS POST-OPÉRATOIRES du Cul de Sac de Douglas APRÈS APPENDICITES OPÉRÉES A CHAUD

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 9 Décembre 1932

PAR

Charles-Eugène-Valère VIGNES

Né à Dijon (Côte-d'Or), le 11 Août 1905

Examinateurs de la Thèse	{	MM. BÉGOUIN, professeur.....	<i>Président.</i>
		GUYOT, professeur.....	<i>Juges.</i>
		CHARRIER, agrégé.....	
		LOUBAT, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE BRUSAU FRÈRES

6, Place Fernand-Lafargue

1932

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933 — N° 43

LES ABCÈS POST-OPÉRATOIRES du Cul de Sac de Douglas APRÈS APPENDICITES OPÉRÉES A CHAUD

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 9 Décembre 1932

PAR

Charles-Eugène-Valère VIGNES

Né à Dijon (Côte-d'Or), le 11 Août 1905

Examineurs de la Thèse	{	MM. BÉGOUIN, professeur	<i>Président.</i>
		GUYOT, professeur	
		CHARRIER, agrégé	<i>Juges.</i>
		LOUBAT, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE BRUSAU FRÈRES

6, Place Fernand-Lafargue

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE.
DENIGÈS, AUCHÉ, SELLIER.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie.....	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales.....	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants.....	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.....	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.....	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques.....	PETGES.
Hygiène.....	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.....	DUVERGEY
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.....	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	CREYX.
Pharmacie.....	DUPOUY.	Clinique dentaire.....	CAVALIE.

MM MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie).
LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
id.....	DUFOUR.	id.....	JEANNENEY.
Physiologie.....	FABRE.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	N.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	AUBERTIN.	id.....	RIVIÈRE.
id.....	DAMADE.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.....	VITTE.
Maladies mentales.....	PERRENS		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Physiologie.....	FABRE.	Démonstrations et préparations pharmac.....	GOLSE.
Accouchements.....	PERY.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Ophtalmologie.....			
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.			
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....			
id.....			
Clinique dentaire.....			

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PERE, A MA MERE

Témoignage de ma très grande affection.

A MES SOEURS, A MES FRERES

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MES MAITRES A L'ECOLE DE SANTE DE LA MARINE
ET DES COLONIES

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'Ecole de Santé Navale et Coloniale,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Croix de Guerre,
Officier de l'Instruction Publique.*

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BEGOUIN

*Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction Publique.*

Témoignage de notre respectueuse reconnaissance pour la bienveillance dont il a toujours fait preuve à notre égard durant notre séjour dans son service à l'Hôpital Saint-André et dont il nous donne un nouveau gage aujourd'hui en acceptant de présider cette thèse.

GENERALITES

Définition. — Délimitation du sujet. — Intérêt de la question.

Plan.

Les abcès du Douglas, que nous nous proposons d'étudier, sont ceux qui surviennent comme suite opératoire dans les appendicites opérées à chaud.

Nous ne parlerons donc pas des abcès du cul-de-sac de Douglas contemporains d'une appendicite suppurée directement pelvienne, ni de ceux qui sont un prolongement d'un abcès de la fosse iliaque droite.

Cette question nous paraît intéressante du point de vue de l'étiologie, de la symptomatologie et surtout de la thérapeutique.

L'étude de l'étiologie permet, en effet, de reconnaître un certain nombre de causes contre lesquelles le chirurgien peut lutter efficacement. Le drainage fait à bon escient sera, en particulier, une thérapeutique préventive souvent suffisante.

La symptomatologie de ces abcès doit être bien connue, car si le chirurgien a le droit d'escompter dans la plupart des cas une ouverture spontanée de la collection, le plus souvent dans le rectum. On cite cependant d'autres cas qui se terminèrent par la mort. Le diagnostic des abcès du Douglas doit donc être fait, chaque fois qu'ils se présentent, pour pouvoir leur appliquer un traitement efficace.

La thérapeutique préventive et curative de ces abcès est non moins intéressante. Dans la première partie, c'est surtout le

drainage après appendicectomie à chaud qui nous retiendra.
Dans la seconde, nous verrons les diverses méthodes qui peuvent être conseillées.

ETIOLOGIE

Fréquence. — Influence de l'âge, du traitement médical, du type de la péritonite, du mode de drainage.

Les abcès du cul-de-sac de Douglas, comme suite opératoire des appendicites à chaud, sans être très fréquents, ne sont pas des raretés.

D'après Grey Turner, qui, un des premiers, a bien étudié ces abcès dans un article paru en 1906 dans « The Practitioner », on les rencontre dans plus de 2 % des cas d'appendicite aiguës opérées. Sa statistique porte sur 500 cas d'appendicites.

Plus près de nous, E. S. Sierro, de Genève, d'après une statistique portant sur 249 cas de péritonites appendiculaires opérées, trouve cinq fois des abcès résiduels du Douglas post-opératoires, soit également dans près de 2 % des cas, proportion inférieure à celle de Turner, puisque ce dernier ne parle que d'appendicites aiguës, et Sierro de péritonites appendiculaires.

La notion de l'âge semble aussi avoir une influence et, contrairement à ce que nous pensions, notre proportion des abcès du Douglas à l'âge d'adulte est supérieure à celle que l'on rencontre chez l'enfant.

L'influence du traitement médical a aussi son importance. Nous ne parlons de celui-ci que parce que les opportunistes, à la suite de Jalaguier, sont encore nombreux dans notre pays; encore faut-il que le traitement médical, si on l'adopte, soit

bien compris. L'idée générale se résume en : repos absolu au lit, glace constante sur le ventre et diète absolue (professeur Bégouin). De plus, Jalaguier, chef des opportunistes en matière d'appendicite, n'acceptait de suivre ses malades qu'à condition d'être surveillés de façon constante soit par lui, soit par ses aides.

Il est certain que le traitement médical ainsi considéré peut, justement, éviter le plus souvent des cas d'appendicites avec péritonites généralisées qui, comme nous allons le montrer, sont le plus souvent suivis d'abcès post-opératoires, dans les cas, d'ailleurs heureux, où le malade survit. Nous ne parlons pas des purgations intempestives où le médecin fait le plus souvent œuvre de mort.

Dans les observations que nous avons relevées, lorsque l'abcès du Douglas s'est manifesté, on avait trouvé, lors de l'opération, un épanchement dans le péritoine qu'on peut classer, d'après sa nature, en trois variétés différentes.

a) Dans quatre observations sur seize (observations 4 à 5), il n'existait qu'une réaction péritonéale peu intense se présentant sous l'aspect d'une sérosité claire;

b) Dans huit autres observations, on a trouvé une péritonite à pus franc, inodore, avec fausses membranes (observations 5 à 13);

c) Enfin, dans les quatre dernières observations, il s'agit de pus fétide, avec gaz.

La proportion moins grande de ces dernières, par rapport aux précédentes, n'est pas pour nous étonner. Car, dans ce dernier cas, la forme plus sévère de péritonite n'a pas laissé le temps au malade de faire un abcès du Douglas.

Une place plus importante dans l'étiologie de ces abcès est tenue par la technique opératoire. Nous voulons parler du drainage.

Nous avons relevé trois observations où l'absence de drainage pour l'une (observation 3), l'ablation trop précoce de mèches ou de drains pour les autres (observations 4 et 6) semble avoir une part dans l'étiologie des abcès que nous étudions.

En effet, dans l'observation 3, l'auteur a affaire à un appendice perforé baignant dans du liquide louche. Cependant, il ferme la paroi sans laisser la moindre soupape de sûreté. On peut se demander si l'abcès qui s'est présenté seize jours après se serait produit s'il avait drainé.

Le fait qu'on a supprimée le drainage, peut-être trop précocement, apparaît également dans les observations 4 et 6.

Dans la première, l'ablation de la dernière mèche, qui ne fut faite cependant que le douzième jour, donne lieu à une réaction péritonéale assez vive qui, bien que calmée du point de vue de la douleur en trente-six heures, se continue pour aboutir progressivement à la formation d'un abcès du cul-de-sac du Douglas.

Dans l'observation 6, des drains chemisés sont placés dans le petit bassin à la fin de l'intervention. Le bon état général du malade incite l'opérateur à les retirer le seizième jour. Alors, en cinq jours, la température, qui était tombée à la normale, remonte et un abcès du Douglas se forme.

Enfin, nous avons noté une observation (10) où l'absence d'appendicectomie paraît responsable de la formation d'un abcès du Douglas.

De toutes les causes que nous avons énumérées, deux surtout semblent intéressantes à retenir, car sur elles on peut avoir une action. C'est le drainage et la rétention dans la cavité péritonéale de débris sphacelés. Nous les étudierons en détail dans la thérapeutique préventive des abcès du Douglas.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les abcès pelviens peuvent avoir une importance très variable. Ils peuvent occuper la presque totalité de la cavité pelvienne ou, au contraire, ne comprendre qu'une très faible quantité de pus qui n'est pas en rapport avec l'étendue de la réaction plastique. Rarement on est en présence de forme gangréneuse.

Dans la plupart des cas, le pus est épais, verdâtre ou brunâtre, d'odeur fécaloïde, c'est-à-dire colibacillaire.

La caractéristique de ces abcès réside dans ce fait qu'ils n'ont pas de paroi propre. Il existe une cavité purulente creusée en pleine masse inflammatoire, qui n'est pas énucléable. Les grands abcès ont leur pôle supérieur qui peut atteindre l'ombilic, leur pôle inférieur plonge dans le Douglas, refoulant la paroi antérieure du rectum. La paroi, d'autant plus épaisse que l'abcès est plus ancien, est constituée par des néo-membranes, par des exsudats épais, stratifiés et au milieu desquels on ouvre assez souvent au doigt des logettes suppurées, diverticulaires, limitées par les anses intestinales agglutinées. Souvent, le dôme est représenté par l'épiploon épaissi, congestionné, adhérent.

La cavité est irrégulière, anfractueuse, se prolonge par des diverticules entre les anses limitrophes. Le contenu est du pus dont la septicité varie avec l'ancienneté de la lésion.

L'évolution anatomique de ces abcès est fort intéressante. Les parois de la poche s'amincissent parfois en un point et se

rompent : l'abcès s'ouvre alors spontanément dans les organes voisins, en général le rectum, quelquefois le vagin.

Dans d'autres cas, l'abcès se refroidit, le pus se résorbe lentement, des proliférations fibreuses, réactionnelles ont tendance à combler sa cavité. Bientôt, il ne reste plus, à la place de l'abcès, qu'une masse fibreuse au sein de laquelle on trouve une petite quantité de pus, reste de la collection originelle. Ce sont de véritables tumeurs inflammatoires du Douglas. Elles se caractérisent par leur dureté, par l'épaisseur de leur paroi, formée d'un véritable mur fibreux, par l'intimité de leur adhérence avec les parties voisines qui rend leur décortication impossible.

Pour les petits abcès, où la réaction plastique dépasse par son importance la suppuration elle-même, il faut savoir que les anses grêles agglutinées peuvent être collées aux parois. Si le diagnostic anatomique n'a pas été fait, le trocard ou le bistouri qui cherchera le pus peut les rencontrer, ce qui est une éventualité malheureuse.

Rarement les lésions précédemment décrites sont isolées. Il est fréquent de rencontrer les différents modes de réaction péritonéale connus. A la laparatomie, on trouve souvent en allant de haut en bas vers le pelvis : l'épiploon descendant en tablier rouge hyperthémié, saignant facilement, s'insérant en bas dans le pelvis, adhérent à la vessie; au-dessous des anses intestinales agglutinées par des fausses membranes (péritonite plastique), constituant en certains points des pseudo-kystes remplis d'un liquide citrin (péritonite séreuse); plus profondément enfin, en avant du rectum, au point déclive, se trouve l'abcès.

Les brides inflammatoires et les coudures qui résultent des dispositions précédemment décrites déterminent des rétro-dilatations des anses grêles, telles que parfois le tableau de l'occlusion intestinale se présente au complet.

SYMPTOMATOLOGIE

Les abcès du Douglas, suite opératoire possible des appendicites opérées à chaud, ont des caractères qui leur appartiennent en propre. Ils se manifestent dans un laps de temps assez bien défini après l'opération. Leurs symptômes sont : abdominale d'une part, rectale et vésicale d'autre part. Enfin, ils s'accompagnent de phénomènes généraux parfois très marqués.

Après l'intervention à laquelle a donné lieu la péritonite appendiculaire, une amélioration se manifeste. Il y a à ce moment presque toujours une défervescence de la température qui tombe quelquefois à la normale. Le pouls redevient bon, le cours des matières se rétablit, la langue se nettoie, en un mot, le malade paraît en excellente voie de guérison.

Après un temps variable, dont la durée moyenne est évaluée à onze jours par Turner, avec des exemples d'intervalles plus courts (5) et plus longs (18 jours) et les symptômes de l'abcès vont se déclarer.

Les premiers signes notés sont, le plus souvent, des modifications de l'état général. La température remonte, en même temps que le pouls redevient rapide, parfois le faciès s'altère.

Le chirurgien qui cherche du côté de l'abdomen une raison à ces modifications ne les trouve le plus souvent que quelques jours plus tard. Le cours des matières tend à s'interrompre, l'émission des gaz est douloureuse. A l'examen, l'abdomen se montre ballonné, douloureux, la région hypogastrique est

mate. Quelquefois, le tableau devient celui d'une occlusion intestinale subaiguë.

Le malade n'urine plus ou urine peu et la miction est douloureuse. Parfois, on note au contraire de la pollakiurie. Si le chirurgien pratique alors le toucher rectal, il découvre dans le cul-de-sac de Douglas une masse qui n'est que douloureuse au toucher au début de son évolution. Cette masse, le plus souvent, tend à bomber dans le rectum pour se présenter ensuite sous forme d'une masse inflammatoire arrondie, molle, plus ou moins fluctuante, parfois de consistance pâteuse, repoussant la paroi antérieure du rectum qui, à ce niveau, donne au toucher une impression de minceur et de fragilité caractéristiques.

Dans d'autres cas, chez la femme, l'abcès résiduel du Douglas peut n'être diagnostiqué que par le toucher vaginal. C'est le cul-de-sac postérieur qui est douloureux, empâté, partout ou dans une de ses parties seulement.

A cette période, c'est le toucher, rectal ou vaginal, qui permet, seul, de diagnostiquer ces collections suppurées.

L'évolution de ces abcès peut se faire suivant trois modalités.

Dans les cas favorables, l'abcès s'évacue spontanément soit par le rectum, soit par le vagin. Si la collection s'évacue par le rectum, il existe un syndrome qui manque rarement : la rectité glaireuse, c'est-à-dire du ténesme et des évacuations fréquentes de glaires muqueux ressemblant à du blanc d'œuf. Celle-ci précède de très peu la sortie du pus. Dans le second cas, l'évacuation n'est annoncée que par de la pesanteur au niveau du cul-de-sac postérieur du vagin, mais il est à remarquer que le pus, qui s'est fait jours à travers lui, s'écoule moins facilement qu'à travers la paroi du rectum. Parfois, on est obligé d'agrandir l'orifice.

Dans d'autres cas, l'ouverture spontanée n'a pas lieu et on est obligé d'intervenir : par ponction et par rectotomie ou colpotomie postérieure.

Enfin, il a été signalé dans la littérature chirurgicale que le

pus quoique collecté dans le cul-de-sac du Douglas pouvait fuser vers le haut entre les anses intestinales agglutinées et allumer une péritonite généralisée mortelle. Nous n'avons cependant pas recueilli de cas se terminant ainsi.

Il est à remarquer que chez l'enfant, l'évacuation de l'abcès peut se présenter de toute autre façon. En effet, nous avons recueilli une observation (n° 1) où l'on voit, qu'une fois l'abcès collecté dans le Douglas, la plaie opératoire devint rouge et qu'un débridement prudent permit au pus de se faire jour à travers la partie inférieure de cette plaie. Le tout suivi de guérison parfaite.

Ces abcès du cul-de-sac du Douglas ne sont pas exempts de complications. Celles-ci peuvent être locales, à distance ou générales.

Les premières sont au nombre de deux. Ce sont l'occlusion et la fistule. L'occlusion intestinale est l'exagération d'un symptôme qui existe chaque fois qu'un abcès tend à se collecter dans le Douglas. Son pronostic, le plus souvent bénin, peut être assez grave dans certains cas pour nécessiter une intervention par voie haute. La fistule résulte le plus souvent de l'ouverture du foyer dans la vessie. C'est une complication rare qu'on ne pourra soigner que lorsque les phénomènes inflammatoires seront tombés.

Une complication fatale au malade est celle qui résulte de l'ouverture dans le grand péritoine de l'abcès du Douglas. La péritonite généralisée qu'elle entraîne est une éventualité qu'on trouve rarement. Nous l'avons trouvée, mentionnée dans la thèse de Jay y Ruiz, mais nous n'avons pu recueillir d'observation où cette complication ait eu lieu.

Les complications générales consistent en : température élevée et continue, des phénomènes de toxémie. Elles commandent l'intervention chirurgicale pour évacuer l'abcès cause de ces phénomènes généraux. Le plus souvent, la guérison est radicale en quelques heures.

PRONOSTIC

Le pronostic quod vitam des abcès du Douglas est en général excellent. Nous n'avons relevé qu'une observation (n° 10) où l'abcès semble bien être la cause de l'occlusion qui emporta le malade. La mort est cependant exceptionnelle après abcès du Douglas post-opératoire. Il faut, en effet, pour que la collection suppurée se manifeste, que s'écoule un temps assez long, en moyenne onze jours. Et un malade qui, après appendicectomie à chaud, a résisté pendant ce laps de temps à l'infection, se tirera indemne de cette affection dans la plupart des cas.

D'autre part, les complications sont rares et une thérapeutique efficace peut leur être apportée dans la plupart des cas.

Nous voyons donc que l'abcès du cul-de-sac du Douglas après appendicites opérées à chaud est d'un pronostic relativement bénin.

THERAPEUTIQUE PREVENTIVE

Nous avons vu dans les chapitres précédents qu'il fallait distinguer les appendicites aiguës s'accompagnant d'une simple réaction séreuse et séro-purulente, souvent localisée, des péritonites diffuses franchement purulentes.

Nous pensons que la conduite que devra suivre le chirurgien sera éclectique et nous trouvons trop absolue l'opinion d'Ombédanne et de Témoin, qui ferment « sans drainer toutes les « appendicites à chaud, quelle que soit la forme anatomique de « la lésion, à la seule condition que l'appendicite ait pu être « enlevé. » (*Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 1920.)

Bien entendu, avant d'entrer dans les détails de la thérapeutique, nous ne saurions trop insister sur la nécessité du diagnostic précoce suivi de l'opération immédiate qui, permettant au chirurgien d'arriver à faire l'appendicectomie avant toute diffusion de l'infection, sont les moyens prophylactiques les plus sûrs pour éviter les complications post-opératoires.

Ceci ressort de façon évidente de l'étude des observations que nous rapportons : les complications post-opératoires augmentent en raison directe du nombre de jours écoulés depuis le début de l'affection jusqu'au moment de l'intervention.

Par conséquent, nous envisagerons surtout les cas dans lesquels existe au moment de l'intervention un épanchement intrapéritonéal. Car dans le cas contraire, lorsque l'infection est encore à son stade endo-appendiculaire, tout le monde est

d'accord pour fermer la paroi sans drainage.

Mais, lorsqu'après la laparatomie, le chirurgien trouve dans la cavité péritonéale un épanchement, comment doit-il se comporter ? Doit-il drainer ? Par quels moyens établira-t-il ce drainage ?

C'est ce que nous allons étudier en passant en revue les techniques du drainage, puis leurs indications. Nous avons suivi comme guide, dans cet exposé, l'important rapport de Cadenat et Patel sur le drainage en chirurgie abdominale au Congrès de chirurgie de Paris de 1927, et nous y avons fait de nombreux emprunts.

a) Les techniques du drainage.

La méthode du drainage préconisée par Chassaignac au milieu du dix-neuvième siècle fut considérée, d'abord comme un adjuvant indispensable dans le traitement des plaies infectées. Rapidement, cette méthode fut appliquée à la chirurgie abdominale. Dans une première période, jusqu'en 1900, apparaissent les différents procédés que nous discuterons dans les indications du drainage. D'ailleurs tous ces procédés sont employés à l'excès.

Cependant, une seconde période fait suite à la précédente, pendant laquelle se fait jour une tendance de plus en plus marquée à restreindre et même à supprimer le drainage.

Depuis la fin de la guerre, l'expérience aidant, on est arrivé à établir des indications raisonnées de l'une et de l'autre de ces méthodes.

Ces transformations successives ont soulevé d'ardentes discussions. Des noms célèbres y restent attachés. Ce sont ceux de Chassaignac, Lister, Lucas-Championnière, Mélaton et Péan en France, Billroth en Allemagne, Spencer Wells en Angleterre. Puis ce sont Mikulioz, Pierre Delbet, Pozzi, J.-L. Faure, Ombrédanne, Bégouin, Papin, etc...

On peut diviser les techniques du drainage en quatre modes différents :

a) *Le drainage tubulaire.* Il utilise, pour fonctionner, la

force de la pesanteur lorsque le drain est placé au point déclive, et la pression abdominale positive lorsqu'il sort par l'incision pariétale antérieure, ce qui rend l'aspiration superflue.

Les premiers drains utilisés étaient en verre. Ils sont à peu près abandonnés en France et ce n'est guère qu'en Allemagne qu'on les emploie encore, malgré les inconvénients que présente leur rigidité, sinon leur fragilité. Les drains métalliques, en celluloid ou en caoutchouc durci, vantés par Lucas-Championnière en 1883, malgré un essai de réhabilitation par Lemaire en 1911 sont également tombés dans l'oubli.

Le drain de caoutchouc préconisé surtout par Chassaigne fut préféré à ces derniers. Souple, malléable, adhérent peu aux tissus du voisinage, telles sont les qualités essentielles qui l'ont fait adopter. Nombre de petits perfectionnements ont été apportés : on a voulu paraffiner le tube pour en diminuer l'adhérence (Le Grand, 1926), le munir d'une armature en aluminium pour le maintenir en place (Ricard), ou de branches en T, etc.

Malgré ces ingénieux dispositifs, c'est le tube de caoutchouc, de dimensions variables, qui est généralement adopté, grâce à ses avantages de simplicité, d'asepsie facile.

Mais où placer le drain ?

1° Au point déclive. Expérimentateurs et chirurgiens se sont efforcés de préciser les points déclives dans les différentes positions. Successivement, les voies vaginales (Spencer Wells), périnéale (Mauclaire), para-sacrée (Jaboulay), rectale (Chaput), lombaire (Villemin) ont été conseillées. Puis différentes positions : en particulier le décubitus latéral droit par Walther dans les péritonites appendiculaires, et surtout la position dite de Fowler.

2° Drainage par la paroi abdominale antérieure. Ce drainage subit également des modifications. On chercha d'abord à laisser la plaie béante. Ses défauts furent bientôt patents, principalement l'éviscération. Puis on s'adressa aux incisions multiples, iliaques, lombaires et sus-pubienne, etc. Enfin, nous

devons signaler le drainage à la Rehu. C'est cet auteur qui a eu le mérite de montrer, le premier, que si un drain de petit calibre, 1 cm. de diamètre au maximum, passant par une incision sus-pubienne, la paroi abdominale étant fermée aussi hermétiquement que possible, la pression positive qui existe dans l'abdomen favorise l'évacuation des liquides intra-péritonéaux. La position dite des frères Fowler est le complément de ce drainage sus-pubien.

b) *Le drainage capillaire.* A la façon des mèches de lampe, il peut évacuer les liquides sans pression et contre les lois de la pesanteur.

On peut réaliser le drainage capillaire soit par des mèches ou des compresses de gaze laissées libres à l'intérieur et ressortant à l'extérieur, soit en les rassemblant dans une sorte de sac qui les maintient, c'est alors le drainage à la Mikulicz.

1° Le drainage à la Mikulicz est caractérisé par le sac à retournement, et surtout par la volumineuse masse de gaze qui laisse le ventre ouvert tout en empêchant les anses de venir au contact des parois pelviennes infectées ou de faire issue à l'extérieur.

Le matériel est composé d'un sac de gaze solide taillé en cercle de 50 cm. de diamètre au centre duquel est fixée une soie forte, de 6 mèches de gaze de 3 cm. de largeur, comportant trois épaisseurs et longues de 1 m. 50 à 2 mètres, de 5 à 6 compresses rectangulaires de 40 × 8 cm. de 6 à 8 épaisseurs, chaque compresse comprenant un fil avec signe distinctif pour les reconnaître au moment de l'enlèvement.

La pose du Mikulicz exige la vacuité complète de la cavité où l'on veut le placer. Le sac est alors étalé soigneusement sur toutes les parois et au fond de la cavité. Chaque mèche ou compresse est tassée soigneusement, et le numérotage des mèches bien établi. L'épiploon sera ramené autant que possible entre les anses et le sac. La paroi abdominale sera suturée pour étrangler le Mikulicz, et des fils d'attente (J.-L. Faure, Baudet) seront parfois placés à la partie inférieure de la plaie restée ouverte afin d'en rapprocher les bords après ablation du sac.

Un gros pansement absorbant est établi pour recueillir les sécrétions.

L'ablation se fait pour les compresses et mèches du troisième au sixième jour dans leur ordre défini. A ce moment, il ne reste que le sac, qu'on décolle grâce à des lavages faiblement oxygénés. En général, l'ablation est terminée au huitième ou douzième jour.

2° Des modifications de détails ont été apportées au Mikulicz.

J.-L. Faure utilise des Mikulicz gras (mélange de paraffine et de vaseline fusible à la température du corps).

Pénaire a conseillé l'injection d'huile camphrée pour mieux décoller le sac.

3° D'autres modes de drainage capillaire ont été proposés. Ainsi ont été utilisées des mèches et des compresses disposées de façon variable suivant les cas.

c) *Le drainage mixte.* Il associe les drains avec la gaze. Le plus connu est celui de la tente de Gibson ou de drains à cigarettes. La tente de Gibson est une mince lame de caoutchouc fenêtrée où l'on a introduit des mèches de gaze. Les drains cigarettes sont semblables, mais plus petits.

Ces drains sont connus en France sous le nom de drains de Goldmann. La mèche en est facilement changée, ce qui permet d'obtenir les avantages de la gaze sans en avoir les inconvénients.

d) *Le drainage filiforme*, préconisé par Chaput, n'est plus utilisé à l'heure actuelle.

Avant d'énoncer les indications des différents modes de drainage, rappelons les accidents auxquels ils peuvent donner lieu.

On a imputé, particulièrement au drainage capillaire, de favoriser la rétention des liquides, qui peut, de ce fait, déterminer une infection secondaire. Il survient, en effet, un peu avant l'ablation des mèches du Mikulicz, une élévation de la température. Mais il est exceptionnel d'observer le moindre accident et des lavages à l'eau faiblement oxygénée ont raison

de la suppuration qui suit l'ablation des dernières mèches. L'infection secondaire ne produit d'accidents graves que dans les péritonites où les propriétés adhésives sont diminuées : malades anémiés surtout (Pollonon et Violet, 1906). Mais actuellement, chez de tels malades l'indication d'une fermeture totale est admise par tous.

On a reproché au drainage des accidents dus à la formation des adhérences qu'il faisait. La difficulté de l'ablation est tout à fait exceptionnelle avec la technique moderne. La déchirure du sac résulte elle aussi d'une faute de technique. Les embolies sont très rares et semblent plutôt une coïncidence fâcheuse qu'imputable à la déchirure des vaisseaux néoformés autour du sac. L'occlusion intestinale peut être produite soit par le coincement d'une anse entre le Mikulicz et la paroi postérieure de l'abdomen, il suffit alors pour l'éviter de disposer le sac dans une cavité absolument libre, soit par une coudure se produisant à la faveur d'adhérences effectuées sur une anse déjà distendue, mais dans ce dernier cas le drainage joue un rôle bien effacé. La blessure des vaisseaux qu'on voit après un drainage prolongé, dans les cas d'appendicites sévères, est un danger qu'on écartera par la mobilisation et le raccourcissement du tube à chaque pansement. Les fistules intestinales ne doivent pas se produire si l'on prend soin de ne pas laisser trop longtemps en place le sac, ni de le placer au voisinage d'une suture intestinale douteuse.

L'éventration, observée après tous les modes de drainage, est un accident assez rare puisque Berge, dans le service du professeur Guyot (1927), note un cas sur trente-quatre opérés, et J.-L. Faure estime qu'il n'existe pas une éventration sur dix cas. D'ailleurs que représente la complication qu'est une éventration, si le Mikulicz a permis de sauver le malade qui aurait succombé sans lui ?

Ces inconvénients sont donc minimes et le drainage bien dirigé ne peut être considéré comme nuisible. Ombredanne le reconnaît lui-même (*Société de Chirurgie de Paris*, 1920, p. 1481) et si cette pratique paraît exercer une action même

minime sur une infection dont nous ne pouvons mesurer la gravité, elle n'est pas à rejeter.

b) Les indications du drainage.

On doit tenir compte, pour formuler les règles de l'indication du drainage de deux facteurs. Le premier est la notion de l'heure de la crise. Elle mérite d'être prise en considération, et si il est possible de dire que dans les 48 premières heures le drainage est presque toujours inutile, car les lésions sont presque toujours limitées à l'appendice, il n'est cependant pas toujours ainsi.

Le début des douleurs ne correspond pas toujours au début des lésions. Tous les chirurgiens savent que quelques heures peuvent suffire pour déterminer des lésions mortelles, alors que, dans d'autres cas, au bout de quatre à cinq jours, les lésions en sont encore au stade endoappendiculaire, sans réaction péritonéale sérieuse. C'est pourquoi une autre notion, celle des lésions anatomiques constatées à l'ouverture du ventre, doit entrer en ligne de compte. Et cette notion est la plus importante. Comme le dit excellemment M. le professeur Papin, « il s'agit là non d'une question de pendule, mais de « lésions trouvées. »

Nous distinguerons trois catégories de cas suivant les lésions anatomiques trouvées :

1° L'appendice n'est pas perforé.

Dans cette éventualité, s'il n'existe aucune solution de continuité dans l'appendice, si l'intégrité de la paroi est parfaite, et même s'il existe un peu de liquide dans le ventre, une ablation simple de l'appendice constituera une opération suffisante. Elle sera suivie, le cas échéant, d'un asséchement au tampon.

Il y a cependant des cas limites. Dans le cas par exemple d'un appendice rétro-coecal, l'infection a pu se propager au tissu cellulaire et comme celui-ci se défend moins bien que la séreuse péritonéale, on peut voir survenir des accidents de cellulite septique qui entraînent secondairement une infection péritonéale de même nature. Il est alors prudent de laisser un

drain au contact de ce foyer et au besoin d'isoler la grande cavité péritonéale par une compresse de gaze protectrice.

D'autre part, dans un cas où le liquide, dans le péritoine, existe en assez grande quantité et où les phénomènes généraux se traduisant par un pouls très rapide et une température élevée, s'accompagnant de diarrhée ou de sub-occlusion intestinale, un drainage de 48 heures, trois jours au maximum suffit le plus souvent à parer à ces accidents témoignant d'une infection grave.

2° Abscesses appendiculaires. Comme nous l'avons vu au chapitre des généralités, ce cas ne rentre pas dans notre sujet. Signalons cependant qu'alors le drainage n'est pas discuté.

3° Appendice perforé avec lésions du péritoine. Suivant les lésions du péritoine, on peut avec Bérard et Vignard distinguer trois variétés de péritonites appendiculaires, nécessitant chacune un traitement particulier.

Il existe dans le péritoine un épanchement non cloisonné, épanchement louche sans signe certain de péritonite diffuse. Dans ce cas, après appendicectomie, le liquide sera enlevé à l'aspirateur, principalement dans le cul-de-sac du Douglas. Malgré le nombre de malades qui guérissent par suture pure et simple de la paroi, nous croyons cependant prudent de laisser un drain qui plonge dans le Douglas. Certains auteurs ont même dit qu'ils empêchaient la formation d'abcès secondaire du Douglas. On peut employer le drainage sus-pubien : passant la main gauche par l'incision opératoire, on fait saillir la paroi de l'abdomen en avant et la main droite taille une incision au-dessus du pubis par où on fera passer un drain plongeant dans le Douglas.

Il existe une péritonite généralisée suppurée, avec des anses intestinales peu ou pas accolées, avec du pus et des exsudats fibrineux. Nous pensons qu'alors le drainage est extrêmement utile. La région appendiculaire est en général tapissée d'escarres péritonéales qui sont susceptibles, comme le dit Lecène, d'entretenir et de propager l'infection que l'on se propose de supprimer.

Après ablation de l'appendice et aspiration du pus, les lésions seront drainées à l'aide d'un tube de caoutchouc de moyen calibre, bien perméable. La question du Mikulicz et des mèches est à envisager, dans les formes avancées. On circonscrira la région infectée avec un sac de gaze pour éviter la propagation d'une lésion inflammatoire.

Il existe une péritonite appendiculaire septique. Ces cas graves nécessitent une intervention rapide suivie de l'application d'un vaste Mikulicz, qui donnera certaines chances de guérison. On voudrait pouvoir tenir compte du degré de septicité de la suppuration. On pourrait en tirer d'excellentes indications, mais il est difficile à apprécier si ce n'est par l'état général du malade. A forme grave large drainage, même si les lésions paraissent minimes.

Enfin une question importante à envisager est celle du temps pendant lequel on devra laisser les drains et mèches.

Or, rien ne permet de savoir le moment où l'on peut considérer la prolongation du drainage comme superflue, c'est affaire d'impression et d'expérience. On sait qu'au bout de deux ou trois jours, le drain n'accomplit plus le rôle qu'on lui avait confié : « il fait bouchon ». On aura intérêt alors à le remplacer par un autre drain plus petit, de calibre moindre.

D'autre part, un drainage trop prolongé risque de provoquer des complications graves, citons l'ulcération des vaisseaux iliaques.

THERAPEUTIQUE CURATIVE

Ouverture spontanée. — Interventions. — Leurs indications.

Au chapitre de l'évolution, nous avons vu que les abcès du Douglas peuvent soit s'évacuer spontanément, ou bien on doit avoir recours à leur incision, si les phénomènes généraux, surtout, l'exigent.

L'ouverture spontanée est une éventualité heureuse que le chirurgien peut escompter dans bon nombre de cas. Nous l'avons notée dans le quart des cas : 4 observations sur 16 (observations 9-11-12-13). Elle se fera soit par le vagin, soit par le rectum, le plus souvent. Dans certains cas, l'écoulement du contenu de l'abcès a besoin, pour se faire complètement, que le chirurgien élargisse le trajet par lequel l'abcès s'est vidé. C'est une intervention bénigne que nous ne décrirons pas.

Le traitement médical peut favoriser dans une certaine mesure l'ouverture spontanée : un régime approprié, de la glace sur le ventre.

Lorsque l'ouverture se produit, elle se fait avec les signes que nous avons dit au chapitre de la symptomatologie. Dès le soir, la fièvre tombe.

En général, la suppuration se tarit d'elle-même. On n'a pas relevé d'observations où celle-ci, se poursuivant pendant plusieurs semaines, ait nécessité des opérations complémentaires par voie haute.

Cependant, l'ouverture spontanée peut ne pas se produire et le chirurgien sera obligé d'intervenir.

Plusieurs voies ont été conseillées pour aborder ces abcès.

Nous éliminerons la voie para-sacrée ou postérieure qui a été préconisée par Bardenheuer et Jaboulay, de Lyon, à une époque où l'opération de Kraske pour les néoplasmes rectaux était encore en honneur.

Restent les méthodes par voie haute et par voie basse,

La voie haute est peu employée, car elle comporte le risque d'un essaimage de l'infection dans le grand péritoine. Il est cependant des cas où l'abcès, bien que collecté dans le Douglas, entouré d'une réaction inflammatoire assez marquée, s'élève vers la plaie opératoire qui devient rouge (observation 1). Alors un débridement prudent permettra d'arriver sur la collection et de la drainer. L'observation 1 illustre ce que nous avançons.

La voie basse est la plus fréquemment employée. On intervient surtout par rectotomie et colpotomie postérieure chez la femme.

Nous ne ferons que rappeler la voie prérectale proposée par Mauclaire en 1897 à la Société d'anatomie de Paris. Elle consiste à couper au bistouri les tissus périnéaux au devant de l'anus comme dans la taille de Nélaton. Cette méthode a été employée par des chirurgiens (A. Guinard : *Journal des praticiens*, 1910) qui craignaient l'infection par les matières de la cavité de l'abcès ouvert par le rectum.

Actuellement on n'utilise que deux méthodes par voie basse : la colpotomie et la rectotomie.

Technique de la colpotomie postérieure.

Aucune intervention ne donne de meilleurs résultats quand elle a été faite à bon escient. Il faut savoir attendre que le pus soit collecté, que la masse fasse une saillie bien nette dans le cul-de-sac. Cette attente n'est pas toujours possible et on a parfois la main forcée, du fait de l'état général, à intervenir plus tôt qu'on ne voudrait.

Deux valves écartant les parois antérieure et postérieure du vagin, le col est saisi dans une pince de Museux. Derrière le col, de forts ciseaux courbes attaquent le cul-de-sac postérieur : rien n'est à craindre si on a soin de ne pas quitter le contact de la paroi postérieure de l'utérus. Il faut diriger les ciseaux en haut vers le col et couper hardiment. On a intérêt à ponctionner la collection avant de l'inciser. Le ciseau n'aura qu'à suivre le trocard qui aura trouvé le pus.

Plusieurs éventualités sont possibles :

1° On trouve le pus à la première recherche. Par l'incision on introduit un élan courbe, on en écarte les mors pour agrandir l'orifice de façon à y introduire un drain plus gros que le pouce, drain en T tenant seul, ou drain ordinaire fixé entre deux compresses introduites dans le vagin.

2° Le vagin incisé, il ne vient pas de pus. On introduit l'index dans l'orifice et par le palper combiné, abdominal et vaginal, on repère la collection, et on l'effondre contre la paroi postérieure de l'utérus.

3° On est en présence d'une collection d'où s'écoule simplement un liquide clair. Il faut savoir que derrière et plus haut est la collection suppurée elle-même.

Il ne faut cependant pas demander à la colpotomie plus qu'elle ne peut donner. Il ne faut pas explorer à l'aveugle et en tous sens le petit bassin. C'est alors qu'on pourrait blesser le rectum et surtout les anses grêles. En dehors de ces accidents, il faut redouter l'hémorragie. Elle est exceptionnelle si on prend soin de faire une courte incision sur la ligne médiane et de l'agrandir à la pince.

Rectotomie.

Après désinfection aussi soigneuse que possible, lavement, on procède à la dilatation du sphincter. L'incision de l'abcès sera faite après ponction de celui-ci, le bistouri ayant pour guide le trocard. Dans ces incisions une seule complication est à craindre, c'est l'hémorragie qui n'est jamais très inquiétante.

Les indications.

Les indications des méthodes à employer pour évacuer chirurgicalement les abcès du Douglas, dépendent uniquement de l'évolution anatomique de la collection suppurée.

Si elle a tendance à se présenter par la plaie opératoire, comme cela arrive surtout chez l'enfant, on pourra alors glisser un drain par cet orifice jusque dans le cul-de-sac. La plupart du temps cette voie sera évitée pour ne pas, par des ruptures intempestives d'adhérences, ensemençer le grand péritoine.

La colpotomie et la rectotomie seront employées chaque fois que la poche bombera dans le vagin ou le rectum.

Cependant il faut bien savoir que dans la plupart des cas la temporisation jusqu'à l'ouverture spontanée des collections dans le rectum ou dans le vagin amène des guérisons définitives. Et ce n'est que lorsque l'abcès augmentant vers l'abdomen, n'aura pas de tendance spontanée à s'ouvrir vers le bas, et surtout lorsque l'état général de l'opéré paraîtra compromis par la rétention excessive de la collection purulente, qu'on se décidera à l'intervention chirurgicale.

THERAPEUTIQUE DES COMPLICATIONS

Les complications résultant de l'abcès du Douglas sont au nombre de trois principales :

a) Les phénomènes généraux résultant d'une rétention trop prolongée du pus. Dans ce cas la marche à suivre est l'évacuation par rectotomie ou par colpotomie postérieure.

b) L'occlusion. Les caractéristiques du traitement de celle-ci n'ont rien de spécial. Comme dans toutes les occlusions post-opératoires de nature inflammatoire, deux méthodes sont en présence : l'une consistant dans la libération des anses intestinales du foyer infecté, l'autre en une simple fistulisation latérale du grêle dilaté. La première est plus logique, mais plus difficile, plus grave et souvent inefficace. La seconde peut être faite le plus simplement du monde à l'anesthésie locale. Non seulement elle remédie à la stercorémie menaçante, mais elle permet généralement le rétablissement spontané du transit dans la portion occluse. L'emploi du sérum chloruré hypertonique est un adjuvant de premier ordre.

c) La fistulisation du trajet par où s'évacue l'abcès. La fistule est rarement rectale ou vaginale. La fistule vésicale, bien que très rare elle aussi, se rencontre plus fréquemment. Elle doit être opérée, mais seulement après que seront tombés les phénomènes inflammatoires. A froid, la chose devient relativement facile. En principe on doit extirper le trajet fistuleux, fermer l'orifice. La vessie sera suturée en deux plans à points séparés. Il peut être bon, pour plus de prudence, d'interposer entre la vessie et l'intestin un morceau d'épiploon (Legueu).

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite).

(Due à l'obligeance du professeur ROCHER.)

G... (Jean), 10 ans, entre à l'hôpital des Enfants à Bordeaux, le 10 juillet 1929, parce qu'à l'occasion d'une consultation, le docteur Guérin découvre une douleur exquise dans la région appendiculaire.

Il y a un an, l'enfant a souffert de sa région appendiculaire sans prodrome. L'accès cesse au bout de deux jours de traitement médical.

Examen le 11 juillet :

Facies et habitus normaux, pas de température, digestion et selles normales. Pas de douleur spontanée de l'abdomen ni de contracture.

La palpation profonde au point de Mac Burney provoque une douleur exquise. Les autres régions sont indolores à la palpation.

Opération le 12 juillet par le docteur Guérin.

Incision de Mac-Burney, appendice en position basse, adhérent par sa pointe avec infiltration du meso qui paraît épaissi et enflammé. Fermeture en laissant en place une compresse pour drainer.

Suites opératoires :

Le 12 au soir : 40°, pouls à 140, régulier, bien frappé. Pas

de signes pulmonaires. A uriné. Pas de gaz. Glace sur le ventre, Murphy, sérum.

Le 16 : Température à 39°, pouls 140, langue saburrale, facies péritonéal, nuit agitée.

Le 17 : Température à 38°, pouls 128. Très légère amélioration. On administre de l'huile camphrée, sérum glucosé intrarectal.

Le 18 : l'état général reste très mauvais, malgré une chute de la température et du pouls. L'enfant est très amaigri, les yeux caves, cernés, lèvres pâles, langue sale, extrémités froides.

Il est alors rendu à sa famille sur sa demande.

L'état reste d'abord stationnaire avec fièvre et on découvre au toucher rectal un abcès collecté dans le Douglas.

La plaie s'est partiellement cicatrisée et le 21, par une pince introduite prudemment à la partie inférieure de la plaie, on provoque l'irruption au dehors d'un flot de pus fétide.

La suppuration persiste une huitaine de jours, puis guérison progressive.

Cicatrisation terminée le 3 août.

Réintervention le 7 juillet 1930 pour éventration au niveau de la cicatrice.

OBSERVATION 2

(Tirée de TURNER, *The Practitioner*, 1906.)

Appendicite aiguë. Laparotomie : péritonite. Appendicectomie. Absès pelvien douze jours après l'intervention. Incision de l'abcès par le rectum. Guérison.

Jeune homme, 27 ans, opéré le troisième jour après le début d'une attaque d'appendicite aiguë. Appendice dans le sillon du côté externe du cœcum. Peu de pus, mais beaucoup d'œdème et de sérosité. Il y avait du liquide clair dans le pelys. Appendicectomie et drainage à la gaze. Après l'opération, l'état général du malade ne fut jamais complètement satisfaisant; il était déprimé, avec la langue chargée, insomnie. Vers le douzième jour, il se plaint de borborygmes et des douleurs intestinales. Le quatorzième : tableau d'une obstruction intestinale subaiguë, mais l'intestin se vide par l'huile de ricin. On découvre une masse mal définie dans le bas-ventre et par le rectum on sent un gonflement sensible et fluctuant, un peu plus haut que d'habitude. On ponctionne cette masse sous-anesthésie et retire une pinte et demi de pus très fétide. Amélioration immédiate et complète.

Il est intéressant de noter que la température ne monta pas au-dessus de 37°7 et le jour de l'ouverture : 36°4. De même le pouls varie entre 76 et 80.

OBSERVATION 3

(Tirée du *Lyon Chirurgical*, 1928, tome XXV. Le drainage dans les péritonites aiguës par Ed. SIERRA, de Genève.)

D..., 17 ans. Appendicite aiguë de quinze heures, température 39°2. Cæcum recouvert de membranes épaisses, jaunâtres. Appendice perforé en son milieu, entouré de liquide louche, inodore. Fermeture de la paroi. Abscès du Douglas ouvert dans le rectum le seizième jour. Trente cc. de pus s'écoulent. Mise en place d'un drain du Douglas qui ne donne rien. Deux jours après : ballonnement. L'obstruction augmente, alors on ouvre la suture opératoire; après dissociation des muscles, on ouvre le péritoine avec le dilatateur de Tripier sans tomber sur une collection. Réintervention par laparotomie sous-ombilicale : les anses grèles sont dilatées, du volume de l'avant-bras, de couleur violacée, éraillures de la séreuse. Abscès en kysté de la région appendiculaire, séparé de la cavité péritonéale, contenant 75 cc. de pus crémeux, jaune verdâtre. Sur la paroi de l'abcès, la partie terminale de l'iléon a adhéré et a produit une coudure cause de l'obstruction. Etablissement d'une fistule Witzel. La réduction des anses grèles est impossible sans vidange préalable. Drainage du Douglas en canon de fusil, fermeture du ventre. Bonnes suites opératoires. Le Witzel est laissé treize jours. Guérison un mois et demi après la première opération.

OBSERVATION 4 (inédite)

(Communiquée par le docteur Lafargue.)

Femme de 45 ans présentant une appendicite de type clinique subaigu sans température.

A l'opération, on trouve des lésions plus importantes qu'on ne s'y attendait. L'appendice est sphacélé à sa pointe, enrobé d'adhérences épiploïques. Toutes les anses intestinales sont rouges et baignent dans un liquide séro-purulent. Au niveau du point d'implantation de l'appendice, le cœcum est cartonné de même que la base de l'appendice.

La ligature de celui-ci écrase des tissus si friables qu'elle paraît par trop précaire. L'enfouissement est impossible, aussi met-on des mèches au contact du cœcum, faisant une sorte de petit Mikulicz.

Tout évolue favorablement jusqu'au moment de l'ablation de la dernière mèche (12^e jour) où la malade fait une réaction péritonéale assez vive. Tout se calme en trente-six heures, mais il persiste des douleurs pelviennes diffuses avec quelques épreintes rectales, un peu de diarrhée et de la difficulté à la miction, obligeant à sonder la malade. Petit à petit se constitue une collection liquide qui ne bombe plus vers le rectum, mais vers le cul-de-sac postérieur du vagin. On temporise quelques jours, mais devant l'altération et l'état général, on pratique une colpotomie qui livre issue à une grande quantité de pus.

La guérison s'en suit dans les délais normaux.

OBSERVATION 5

(Prise à BÉRARD et PATEL : *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1903.)

Appendicite perforante. Appendicectomie par laparotomie iliaque. Dix jours après, évacuation et drainage par le rectum d'un abcès pelvien. Guérison.

Garçon de 17 ans entre à l'Hôtel-Dieu le 17 septembre 1907 pour crise d'appendicite aiguë remontant à quatre jours.

Examen : plastron empâté et douloureux de la force iliaque droite sans symptôme de péritonite diffuse. Température 37. Pouls, 120. Rien au toucher rectal. Facies bon, on temporise.

Dans l'après-midi : température 37°7, pouls 140, douleurs irradiées dans tout l'abdomen, facies altéré, diaphragme fixé, ballonnement diffus.

Intervention par laparotomie iliaque : péritoine pariétal très épaissi, il s'écoule quelques gouttes de sérosité purulente, cœcum congestionné couvert d'exsudat fibrineux, appendice rétro-cœcal du volume du petit doigt qui vient de s'ulcérer près de sa base et qui a encore un calcul stercoral engagé dans l'orifice de la perforation. Cet appendice baigne dans un liquide séro-purulent, fétide, sans adhérences protectrices du grand péritoine. Les anses intestinales visibles sont livides et dépolies. Appendicectomie, drainage à la gaze sans suture de la paroi.

Le lendemain, les phénomènes les plus inquiétants rétrocedent, bien que la température se maintienne à 38-38°6 pendant trois jours. Aucune selle, malgré les injections et lavement de sérum.

Au bout de six jours : l'abdomen se ballonne à nouveau, la température monte à 38°8, la langue devient sèche, la peau terreuse, les douleurs de plus en plus vives dans le bassin avec des épreintes rectales. Le toucher rectal révèle dans le Douglas une collection bombant fortement, qu'on incise au dixième jour après l'opération, au ciseau après dilatation moyenne de l'anus. Il sort un litre de pus très fétide sans hémorragie nota-

ble. On passe un gros drain. En arrière de ce drain, la paroi rectale antéro-latérale est abaissée jusqu'à l'anus où on la suture.

Cette suture cède au septième jour. Le drain est retiré au bout d'un mois.

Le 31 octobre, le malade sort guéri et l'est resté depuis.

*
* *

OBSERVATION 6

(Tirée du *Lyon Chirurgical*, tome XXV, 1928. Le drainage dans les péritonites aiguës : étude de 286 cas de péritonites opérées à la Clinique chirurgicale de Genève, par Ed. SIERRO, Genève.)

D..., 55 ans. Appendicite manifestée par les douleurs abdominales depuis une semaine, très violentes depuis deux jours. Température 38°5, pouls 94.

Opération : appendicite perforée et péritonite généralisée. Extirpation de l'appendice. Deux drains chemisés dans le petit bassin. Température vespérale le quatrième jour. Elimination de pus par les drains. Vu le bon état du malade, on le retire le seizième jour. Le toucher rectal ce jour-là ne montre pas d'abcès du Douglas.

Ascension à 39°5, progressive, en cinq jours. Collection du Douglas, ponction, ouverture de l'abcès au Tripier. La température tombe à 37°, trois jours après le drain simple tombe. La température monte à 40°. Remise d'un drain en T, guérison.

*
* *

OBSERVATION 7

(Tirée de la thèse de Jay-y-Ruiz et due au docteur PLAISANT.)

Appendicite aiguë. Laparotomie : péritonite généralisée. Appendicectomie. Amélioration. Reprise douze jours plus tard. Absès du Douglas, incision rectale, guérison.

D... (Jeanne), âgée de 13 ans. Entre à l'hôpital Trousseau le 18 août pour appendicite aiguë.

Début trois jours avant par douleur, vomissements, température 38°5.

Examen : facies péritonéal, ventre douloureux, surtout à droite, rien dans le Douglas.

Laparotomie d'urgence : péritonite généralisée, appendicectomie. On place un drain dans la région appendiculaire, un autre dans le Douglas par la voie médiane.

Grande amélioration.

Douze jours après, la température remonte et le toucher rectal montre un abcès pelvien qu'on ouvre par le rectum. On draine, guérison.

OBSERVATION 8

(Tirée de la thèse de JAY-Y-RUIZ.)

Due au docteurs REYNIER et CHIPOLIAN.)

Appendicite aiguë. Laparotomie : péritonite généralisée. Appendicectomie. Disparition des phénomènes généraux. Cinq jours plus tard, reprise de la température et des phénomènes généraux. Dix jours après la première intervention : ouverture par voie rectale d'un abcès du Douglas. Drainage, guérison.

Ch... (Marc), entre à l'hôpital Lariboisière le 3 août 1913 pour douleur dans le ventre ayant débuté huit jours avant.

Examen : facies altéré avec nez pincé, yeux cernés et brillants. La respiration est irrégulière, le pouls rapide, faible, irrégulier, la température à 38°, hoquet continu.

Les douleurs dans le ventre sont moins fortes, le ventre est ballonné, sensible, surtout dans la fosse iliaque droite au point de Mac-Burney.

Au toucher rectal, on a l'impression qu'il y a du pus dans la fosse iliaque droite, très haut placé, rien dans le Douglas.

Opération d'urgence par le docteur Reynies : péritonite généralisée avec pus abondant, appendice perforé. Appendicectomie, drains et mèches.

Chute immédiate de la température.

Quatre à cinq jours après, l'état général s'altère et des douleurs abdominales apparaissent, en même temps que la constipation, gaz douloureux et dysurie.

Dix jours après l'intervention, le docteur Chifolian sentait une collection bombant dans le rectum et intervient sous-anes-thésie général. A la ponction de la paroi rectale, il s'écoule une grande quantité de pus jaunâtre, fétide. On place un drain et deux mèches.

Chute de la température, guérison le 8 septembre.

OBSERVATION 9

(Tirée de TURNER, *The Practitioner*, 1906, p. 208.)

Ablation d'appendice perforé. Laparotomie sept jours plus tard pour obstruction intestinale. Dix-huit jours après la première intervention : phénomènes généraux, température, formation d'un abcès pelvien haut situé ouvert spontanément dans le rectum les jours suivants. Guérison.

Garçon de 10 ans, opéré douze jours après la perforation de l'appendice et quarante-huit heures après le premier symptôme de maladie abdominale.

L'appendice était dans le pelvis gangréné et perforé, il y avait du liquide purulent autour de lui et les anses voisines étaient couvertes d'exsudat. L'auteur éponge le liquide et fait pénétrer soigneusement la gaze et le drain dans le pelvis.

Exactement une semaine après l'opération, l'auteur est obligé de réouvrir l'abdomen pour obstruction aiguë : plusieurs anses intestinales étaient adhérentes dans le pelvis. Le malade se tire de cette opération aussi bien qu'avant.

Après onze jours, l'état s'aggrave. Le malade a des coliques abdominales, température 37°7, pouls 110. L'incision médiane quoique guérie était un peu rouge et juste au-dessous d'elle on sentait une masse arrondie, douloureuse au-dessus de laquelle on voyait l'intestin se contracter. On n'atteignait pas cette masse par le rectum. Durant les quatre jours suivants, l'abcès s'élevait graduellement vers le rectum où il s'ouvrait. Tous les symptômes s'améliorèrent rapidement.

OBSERVATION 10

(Du *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 1930,
22 octobre : « 24 observations de péritonite appendi-
culaire », par RICHARD et ASSELIN.)

Enfant de 8 ans, opéré au dixième jour, évacuation du pus, pas d'appendicectomie, mèches et gros drain.

Le huitième jour, après des suites d'abord favorables, on observe de la fièvre, puis l'état général s'aggrave et le douzième jour le toucher rectal montre une collection pelvienne qu'on évacue le lendemain.

Le quinzième jour après la première intervention, une occlusion intestinale complète s'installe et une troisième intervention montre un nouvel abcès dans le Douglas et on finit par l'ablation de l'appendice.

Mort sept jours après, soit vingt-deux jours après la première intervention.

Les auteurs pensent que si l'appendicectomie avait été pratiquée plus tôt, on eût pu éviter la mort.

OBSERVATION 11 (inédite)

(Communiquée par le docteur LAFARGUE.)

Femme, de 32 ans, opérée au cinquième jour d'une appendicite aiguë. A l'examen, elle présente le tableau clinique de la péritonite généralisée.

A l'opération, on constate le sphacèle de l'appendice, l'absence d'adhérences, le pus répandu dans tout le ventre. Après avoir étanché celui-ci, drainage par mèche et drain de la fosse iliaque droite.

Dès le lendemain de l'opération, la température baisse pour atteindre la normale où elle reste jusqu'au huitième jour. A partir de ce moment-là, elle remonte progressivement pour atteindre et dépasser 39°, tandis que la malade accuse des douleurs dans le bas-ventre avec des épreintes vésicales et rectales. Au début, le toucher indique de la sensibilité du Douglas sans masse liquide perceptible.

Ce n'est que le quatrième jours après la reprise de la température que l'on identifie une collection liquide bombant vers le rectum où elle s'ouvre spontanément cinq jours après.

Cette ouverture est suivie d'une défervescence définitive et de guérison sans incident.

OBSERVATION 12

(Due à l'obligeance de M. le professeur PAPIN.)

Péritonite appendiculaire. Laparatomie, drainage.

Formation d'un abcès du Douglas qui s'évacue au onzième jour par le vagin, spontanément. Reprise de la température quatre jours plus tard. Agrandissement de l'ouverture. Guérison.

M^{me} V..., 23 ans, entre à l'hôpital Saint-André, le 21 octobre 1932, pour une crise d'appendicite qui a débuté trois jours avant : douleur violente dans la fosse iliaque droite, vomissements qui persistent jusqu'à son entrée, température entre 37°4 et 38°, constipation depuis deux jours.

On note dans les antécédents une crise plus légère il y a deux mois, qui n'a pas obligé la malade à se coucher.

A l'entrée : température à 39°, pouls à 100, facies fatigué, pas d'immobilité diaphragmatique, mais tout le ventre est contracturé, particulièrement dans la fosse iliaque droite, qui est en plus très douloureuse à la pression. On note de la contracture et de la douleur lombaire.

Au toucher vaginal cul-de-sac droit non tendu, libre, mais douloureux.

Le docteur Roudié intervient immédiatement. Ether, incision de Roux. On découvre difficilement l'appendice rétro-cœcul qui est enlevé par section première, mèche, drains.

A l'ouverture du péritoine, il s'était écoulé du pus.

L'examen de l'appendice montre une petite perforation.

Les suites opératoires sont normales pendant six jours, puis la température monte régulièrement pour atteindre 39°5 le onzième jour. A ce moment, la collection s'ouvre par le vagin et la température retombe à la normale, mais quatre jours plus tard, elle remonte à 38°. Le pus qui, jusqu'à maintenant, était sorti facilement, ne s'écoule plus. On agrandit alors l'orifice du cul-de-sac postérieur et on place un drain dans la cavité de l'abcès. Alors la collection se vide régulièrement et la température retombe peu à peu à la normale.

La malade sort guérie le 26 novembre 1932.

*
* *

OBSERVATION 13

(De la thèse de JAY-Y-RUIZ.)

Appendicite aiguë. Laparotomie : péritonite généralisée. Ablation de l'appendice perforé. Amélioration. Réapparition de température élevée quatre jours plus tard. Evacuation spontanée d'un abcès du Douglas neuf jours après l'intervention. Guérison.

M^{lle} P..., 20 ans, entre à l'hôpital Lariboisière le 7 mai 1914 pour appendicite aiguë.

Depuis quatre ans, petites crises douloureuses du côté droit la forçant à garder le lit.

Le 4 mai, ne se sentant pas bien, elle mange peu et s'endort. Elle est réveillée à minuit par des vomissements alimentaires, puis bilieux, qui durent jusqu'au matin. Elle présente alors quelques douleurs dans la fosse iliaque droite et des douleurs à la miction.

Le matin, cessation des vomissements, mais la douleur se généralise à tout le ventre. Le traitement médical est institué.

Le lendemain 6 mai, l'état s'aggrave, la douleur existe surtout dans la fosse iliaque droite. Pas de selle.

On décide l'intervention le soir. Les symptômes présentés par la malade sont ceux d'une péritonite diffuse d'origine appendiculaire, le toucher rectal est négatif, le pouls bon à 120, la température : 39°2.

Opération : péritonite généralisée, fausses membranes, Appendice rouge descendant vers le bassin. A son extrémité : calcul stercoral et perforation. Ablation de l'appendice, deux drains et mèches.

Suites opératoires normales, mais la température reste autour de 38°. Le 11 mai, c'est-à-dire cinq jours après l'intervention, elle remonte à 39°, la malade se sent plus mal.

Dans la nuit du 15 au 16, le neuvième jour : évacuation

spontanée d'une grande quantité de pus fétide par l'anus. Le matin : chute de la température à 37° 2, grande amélioration générale.

Le 24, nouvelle élévation de la température qui disparaît rapidement sans localisation nouvelle.

Sort guérie le 7 juin, soit un mois après l'intervention et trois semaines après l'évacuation spontanée de l'abcès par l'anus.

*
* *

OBSERVATION 14

(Tirée de Lockwood, *Appendicitis*, Londres, 1906, p. 323.)

Appendicite aiguë avec concrétion, perforation et formation ultérieure d'un abcès dans le Douglas.

Femme de 28 ans qui, le 12 février, présente de vives douleurs abdominales pendant un long et fatigant voyage en chemin de fer. A Londres, elle s'alite et est vue par l'auteur le 14.

Pas de selle depuis le 12, gaz de temps en temps. Abdomen distendu, mais mobile avec la respiration. Sensibilité exquise de la région cœcale. On ne perçoit pas de tumeur, mais la paroi est très adipeuse. Utérus mobile, douloureux, mictions difficiles et douloureuses, température 38°8, pouls 110. Ses aliments sont tous vomis après l'ingestion.

Le 15 au matin, émission de gaz, la région douloureuse s'étend pour gagner les régions inguinale et hypogastrique.

A l'intervention : échappement de pus fétide et de gaz. On découvre des abcès autour du cœcum, le long du colon droit et parmi les anses grêles. Appendice fortement enflammé adhérent par son extrémité au cœcum. Perforation à un pouce de son origine et une concrétion s'en échappe. L'auteur inspecte le Douglas, mais ne trouve rien.

On place deux gros drains : un dessous le cœcum, et un devant le colon.

Le 19, température normale, pouls à 96. Un peu de matière passe à travers la plaie. Elle a un frisson et des douleurs à la miction.

Le 28 : température 39°4, pouls 120. Abdomen sensible et résistant à sa partie inférieure. Au toucher vaginal : point très sensible dans le cul-de-sac postérieur gauche, on sent une collection tendue, liquide dans le Douglas.

La colpotomie postérieure donne issue à une pinte de pus très fétide.

Suites normales, guérison en deux mois.

L'auteur se demande si l'abcès pelvien n'aurait pas été causée par l'exploration digitale qu'il fit au cours de l'intervention, mais pense plutôt qu'il a été amorcé avant l'opération par l'extension de l'infection causée par la perforation appendiculaire, malgré que l'appendice ne pendait pas dans le pelvis.

*
* *

OBSERVATION 15 (inédite).

(Due à l'obligeance de M. le professeur BÉGOUIN.)

Appendicite aiguë de quatre jours. Laparotomie : péritonite diffuse avec appendice perforé. Drains et mèches. Abcès du Douglas diagnostiqué au douzième jour, ouvert au trentième par rectotomie. Guérison.

D... (Pierre), 22 ans. Est envoyé pour une première crise d'appendicite aiguë.

Le début remonte à quatre jours et a eu lieu en pleine santé. Les deux premiers jours il présente de la diarrhée avec selles fréquentes, sans douleur, et peut continuer son travail. Le troisième jour, des coliques violentes l'obligent à se coucher. D'abord généralisées à tout l'abdomen, les douleurs se localisent à la fosse iliaque droite. Pas de vomissements.

L'examen au quatrième jour montre :

Facies altéré, pouls petit à 120, température à 39, abdomen

ballonné, douloureux à la pression, contracture au niveau de la fosse iliaque droite, Douglas très sensible au toucher.

Conclusion : Appendicite aiguë avec, très probablement, péritonite généralisée.

Intervention, le 19 juin 1932, par le docteur Dubourg; éther. Incision de Walther. A l'ouverture du péritoine s'écoule du pus fétide baignant toute la cavité. On le recueille par aspiration électrique. L'appendice libre est inféro-interne, rouge et épaissi dans son ensemble. Sa partie moyenne est renflée par une concrétion stercorale grosse comme un noyau de cerise. C'est à ce niveau que siège la perforation qui centre une plaque de sphacèle de la dimension d'une pièce de 50 centimes. On place dans le Douglas par la partie inférieure de la plaie, un drain N° 10. Deux mèches sont également placées autour du foyer opératoire. Deux fils de bronze, totaux, ferment la moitié inférieure de l'incision. Glace sur le ventre.

Les suites immédiates sont bonnes. La température tombe rapidement à 37°5. Il y a émission de gaz le troisième jour. L'abdomen est souple.

On enlève le drain de troisième jour, les mèches le sixième. Dans la soirée du sixième jour le pouls remonte à 130, mais le lendemain tout rentre dans l'ordre.

Une alimentation lacto-végétarienne est prescrite.

Le douzième jour le faciès étant un peu altéré, l'abdomen légèrement ballonné, la température oscillant autour de 38°, on fait un toucher rectal qui fait percevoir une masse du volume du poing. On institue la diète liquide, glace sur le ventre.

Le 18 juillet, soit au vingtième jour après l'intervention, l'état général est stationnaire, le malade présente des signes de rectite (glaires, ténésme, diarrhée). Au toucher, la masse déjà constatée a augmenté, elle bombe le rectum, a le volume de deux poings, mais offre la consistance de l'empâtement plutôt que de la fluctuation.

Donc : abcès du Douglas dont on ne sait si une partie est constituée par une agglomération d'anses intestinales.

L'augmentation de volume de cet abcès et l'affaiblissement de

l'état général font poser l'indication opératoire par voie rectale après ponction exploratrice.

La seconde intervention est faite par M. le professeur Bégouin, le 29 juillet, soit un mois après l'intervention. Anesthésie à l'éther. Ponction du Douglas par le rectum, il s'écoule du pus. Rectotomie au bistouri, qui permet de vider un abcès. Il s'écoule environ un verre à Bordeaux de pus à odeur colibacillaire.

Suites opératoires : Chute de la température.

Peu à peu la plaie abdominale se ferme.

Le 6 août le malade se lève, il persiste seulement une petite induration du cul-de-sac de Douglas.

*
**

OBSERVATION 16

(Tirée de la thèse de JAY-Y-RUIZ, *Progrès Médical*, 1911, p. 19, due au docteur CHIFOLIAU.)

Appendicite aiguë. Laparatomie : péritonite généralisée. Ablation d'un appendice perforé. Amélioration rapide. Température et pouls normaux cinq jours après. Dix-sept jours après l'intervention : abcès du Douglas ouvert et drainé par voie rectale. Guérison.

M^{lle} B..., 13 ans. Examinée par le docteur Chifoliau pour appendicite aiguë dont le début remonte à cinq jours.

Pouls mou, dépressible, régulier, à 116, température 37°7; facies franchement péritonéal, douleur surtout à droite au point de Mac Burney, mais douleur aussi à gauche et à l'épigastre. Pas de gaz par l'anus depuis le début.

Au toucher rectal : pas de collection pervienne. Pas de vomissements.

Opération le soir. Incision sur le bord externe du droit. Le cœcum fait hernie. Pus fétide en nappe au-dessus et en arrière de lui. Intestin grêle rouge, parsemé de fausses membranes;

l'appendice descendant, gros, caché sous les fausses membranes, est attiré péniblement, il est perforé à sa base. Les tentatives d'extraction aboutissent à sa déchirure complète. On lie le moignon sphacélé en même temps que le méso et on cautérise au thermocautère.

On place deux gros drains entourés de mèches, la plaie largement ouverte. La température reste plusieurs jours élevée à 39° et pouls à 120. Pansements quotidiens avec aspiration.

Le 2 août, ablation d'un drain.

Le 3 août, ablation des mèches, ventre moins ballonné, pouls à 72, température 37°2, selle.

Tout semble en bonne voie.

Mais le 15 août, la température monte à 38°5, l'intestin fonctionne mal, pas de selle malgré les lavements. Le toucher rectal permet de sentir très haut une induration douloureuse.

Le 16, incision rectale qui donne issue à un verre de pus fétide. Mise en place d'un drain. La température tombe. Le drain est expulsé au bout de quarante-huit heures. Grands lavages rectaux à la sonde à double courant.

La malade part le 12 septembre guérie.

CONCLUSION

1° Les abcès du Douglas envisagés dans cet exposé sont ceux qui sont consécutifs aux appendicites opérées à chaud.

2° Du point de vue étiologique, ils se rencontrent dans 2 % des cas environ — lors de l'opération, le relevé de nos observations montre qu'il existait une réaction péritonéale, soit séropurulente dans quatre cas, soit purulente dans huit cas, soit fétide dans quatre cas — la question du drainage paraît être la clé de la pathogénie des abcès du Douglas : on note, soit l'absence de drainage, soit la suppression trop précoce du drainage, soit l'insuffisance de ce dernier.

3° L'étude anatomo-pathologique montre que ces abcès sont superporables à toutes les suppurations collectées du péritoine en général, et du bassin en particulier. Leur caractère principal existe dans leur tendance à s'ouvrir spontanément soit dans le vagin, soit dans le rectum.

4° La clinique montre que ces abcès se développent la plupart du temps d'une façon identique. Après l'appendicectomie à chaud, il se produit une sédation des phénomènes locaux et généraux qui dure une dizaine de jours environ. Après quoi la température et le pouls remontent, il existe une légère obstruction intestinale et des signes de rectite glaireuse attirant l'attention du côté du pelvis. On ne saurait trop recommander la pratique systématique du toucher rectal chez ces malades. C'est lui qui est à la base du diagnostic.

5° Les complications telles que l'ouverture dans la grande cavité et l'occlusion intestinale aiguë sont l'exception, et le pronostic est, en général, assez bon, l'ouverture spontanée ou non par le vagin ou le rectum, suivie de guérison étant la règle.

6° Le traitement prophylactique est d'importance capitale. Il consiste :

a) A faire des opérations précoces, au stade d'endoappendicite ;

b) Si, à son corps défendant, le chirurgien opère à un stade avancé, et qu'il se présente une réaction purulente ou séropurulente, il se pose alors la question du drainage.

7° On utilisera pour le drainage, le plus souvent, des drains ou lames de caoutchouc, ou des mèches simples ou placées suivant la technique de Mikulicz. Elles seront placées par l'incision de l'appendicectomie, ou bien par des incisions complémentaires sus-pubiennes ou iliaques gauche. Les drains, qui, rapidement, font « bouchon », seront remplacés après quarante-huit heures. Les mèches seront enlevées du cinquième au douzième jour en général.

8° Quand l'abcès est déclaré, on attendra, si on le peut, que le drainage s'établisse spontanément par le rectum ou par le vagin.

9° Si le drainage spontané tarde à se faire, et si l'état général décline, on ouvrira chirurgicalement la collection. A priori on n'utilisera pas la voie haute et c'est par colpotomie ou par rectotomie qu'on atteindra le pus.

Le pronostic de ces opérations est en général excellent.

VU, BON A IMPRIMER :

VU : *Le Doyen*,
C. SIGALAS.

Le Président,
P. BEGOUIN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 30 Novembre 1932.

Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

- AUVRAY. — A propos du Mikulicz. *Bulletin de Chirurgie de Paris*, 13 juin 1926.
- BÉGOUIN. — A propos du Mikulicz. *Bulletin et Mémoire de la Société de Chirurgie de Bordeaux*, 14 octobre 1927.
- Traitement de l'appendicite aiguë. *Acta Medica Latina*. Novembre 1928.
- BENETON. — Contribution à l'étude des appendicites pelviennes suppurées. Thèse de Paris 1921.
- BONNEAU. — Drainage dans l'appendicite à chaud. *Presse Médicale*, 17 juin 1925, p. 804.
- BOSS (W.). — Ouverture dans la vessie de suppuration d'origine appendiculaire. *Zeitschrift für Urologische Chirurgie*, 1926, tome XX, p. 215-221.
- BROCA (A.). — Les abcès pelviens de l'appendicite. *Bulletin de Médecine de Paris*, 1907, tome XV, p. 589-593.
- CADENAT et PATEL. — Le drainage en chirurgie. Rapport au Congrès de Chirurgie de Paris, 1927.
- CHALIER. — Drainage dans l'appendicite aiguë. Rapport au Congrès de Chirurgie de Paris, 1926, p. 235.
- DUVAL (P.). — Réflexion à propos de 752 cas d'appendicite aiguë opérés d'urgence. *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 25 mars 1931.
- FAURE (J.-L.). — Le drainage de l'appendicite à chaud. *Presse Médicale*, 7 octobre 1925.
- Discussion sur la fermeture sans drainage des appendi-

- cites à chaud. *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 20 octobre 1920.
- DE FOURMESTRAUX. — Drainage dans les péritonites appendiculaires. *Gazette des Hôpitaux*, 1908, p. 195.
- GIRARD. — Traitement de l'abcès iléo-pelvien d'origine appendiculaire. Thèse Paris 1922.
- GUIBAL. — Occlusion intestinale d'origine appendiculaire, son traitement. *Presse Médicale*, 4 avril 1932, p. 489.
- GUINARD (A.). — Les abcès pelviens d'origine appendiculaire. *Revue générale de clinique et de thérapeutique de Paris*, 1910, p. 449.
- HALLOPEAU. — Discussion sur la fermeture sans drainage des appendicites à chaud. *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*. 27 octobre 1920.
- HARTMANN. — *Idem*, 10 novembre 1920.
- JAY. — L'abcès pelvien au cours de l'appendicite aiguë. Thèse de Paris, 1921.
- JAY-Y-ROIZ. — L'abcès pelvien suite opératoire de l'appendicite à chaud. Thèse de Paris 1924.
- LECÈNE. — Discussion sur la fermeture sans drainage de l'appendicite à chaud. *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 20 octobre 1920.
- LECÈNE et LERICHE. — *Thérapeutique chirurgicale*, tome III.
- MAKSUD. — Du drainage dans les appendicites suppurées. Thèse Paris 1929.
- MASINI. — Les indications du Mikulicz dans les appendicites à chaud avec péritonite. Société de Chirurgie de Marseille 1927.
- MATHIEU. — Occlusion intestinale d'origine appendiculaire. *Bulletin de Chirurgie de Paris*, 5 mars 1924.
- NIEL. — La technique du tamponnement à la Mikulicz. *Presse Médicale*, 22 mars 1925.
- OMBREDANNE (L.). — Fermeture sans drainage des appendicites à chaud et des péritonites appendiculaires. *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 23 juin 1920.
- PAPIN (F.). — Le Mikulicz en chirurgie abdominale. *Bulletin et*

Mémoire de la Société de Chirurgie de Bordeaux,
25 novembre 1927.

PATEL. — Le drainage en chirurgie abdominale. *Rapport au Congrès de Chirurgie de Paris*, 1927.

RICHARD. — Vingt-quatre observations de péritonite appendiculaire. *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 21 octobre 1930.

SIERRO. — Le drainage dans les péritonites aiguës : étude de 286 cas de péritonite opérés à la Clinique chirurgicale de Genève. *Lyon Chirurgical*, mars-avril 1928.

SOUPAULT et SEILLÉ. — L'appendicite pelvienne. *Revue de Chirurgie de Paris*, 1930, p. 177.

TUFFIER. — A propos du drainage dans l'appendicite. *Bulletin de Chirurgie de Paris*, 1^{er} décembre 1920. Rapport de Cuthbert Wallace de Londres.

VILLARD. — Mode d'action et indications du Mikulicz. *Société de Chirurgie de Lyon*, 3 février 1927.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Généralités	9
Etiologie.....	11
Anatomie Pathologique.....	15
Symptomatologie.....	17
Pronostic.....	21
Thérapeutique Préventive.....	23
Thérapeutique Curative.....	33
Thérapeutique des Complications	37
Observations	39
Conclusion.....	59
Bibliographie.....	61

